

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois
AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO Y COMPLETE LA INFORMACIÓN EN LETRA IMPRENTA

1	MARQUE UN CASILLERO EN CADA SECCIÓN A y B:			
	A <input type="checkbox"/> Solicitante/Operador (Persona[s] que solicitan operar una instalación de atención a niños) <input type="checkbox"/> Director ejecutivo	<input type="checkbox"/> Miembro del hogar (17 años de edad o más)	<input type="checkbox"/> Miembro del hogar (de 13 a 16 años de edad)	<input type="checkbox"/> Empleado/Voluntario del hogar (cuidados de crianza temporal, guardería u hogar de guardería de grupo)
2	INFORMACIÓN PERSONAL			
	A <input type="checkbox"/> Hogar de familia de cuidados de crianza temporal <input type="checkbox"/> Agencia de guardería <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia para jóvenes		<input type="checkbox"/> Hogar de guardería <input type="checkbox"/> Centro de guardería <input type="checkbox"/> Hogar de guardería de grupo <input type="checkbox"/> Agencia de bienestar de menores <input type="checkbox"/> Hogar sólo de adopción	

2	Apellido/nombre/Inicial del segundo nombre _____				Número de seguro social o ITIN _____							
	Nombres de soltera y/o cualquier otro nombre utilizado anteriormente (Apellido/Primer nombre/Inicial del segundo nombre) _____				Soy o seré miembro de la familia de crianza temporal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Transporto o transportaré niños de crianza temporal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si ambas respuestas son "Sí", proporcione acá el número de su licencia de manejo. _____							
	DIRECCIÓN PRESENTE: Calle/Apto.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____ Condado: _____ Teléfono (Incluyendo código de área) (____) _____				¿Ha vivido fuera de Illinois durante los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proporcione todas sus previas direcciones de los últimos 5 años. Fechas (Calle/Apto.#/Ciudad/Condado/Estado/CP) Desde/Hasta _____ _____							
	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) _____	Edad _____	Lugar de nacimiento _____	Ciudadanía (país) _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura Pies Pulg. _____	Peso (lbs.) _____	Cabello (color) _____	Ojos (color) _____	Piel Tono _____	Raza _____	

3	AUTORIZACIÓN / CERTIFICACIÓN										
	¿Alguna vez fue condenado por algún delito exceptuando una infracción de tránsito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez a sido indicado como perpetrador en cualquier investigación de abuso o negligencia infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
	Yo certifico que he leído y comprendido el cuadro de Autorización / Certificación presentado al dorso de este formulario. FIRMA _____ FECHA _____										
RESULTADOS DE ANTECEDENTES Habilitación de ofensas sexuales: _____ Habilitación CANTS: _____ Habilitación de la policía del estado de Illinois: _____ Habilitación del FBI: _____ Habilitación de transferencias: SO/CANTS: _____ ISP: _____					SOLO PARA USO DE LA OFICINA CENTRAL DE LICENCIAMIENTO SID# _____ Habilitado _____ Registro _____ Registrado BC-03: _____ Enviado del FBI: _____						

4	PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA SUPERVISORA										
	Este formulario de autorización no será procesado si no se completa esta sección.										
Fecha de la toma de huellas digitales: _____ Nombre completo de la instalación _____ ID# del proveedor _____ Dirección (calle y número) _____ Ciudad _____ IL C.P. _____					Agencia supervisora _____ Nombre _____ ID# del proveedor _____ Región/sitio/campo del DCFS _____ Nombre del funcionario de licenciamiento _____ ID# del asistente _____ (____) _____ Número telefónico del funcionario de licenciamiento _____						

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO CFS 718/S – AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

QUIEN DEBE UTILIZAR ESTE FORMULARIO: Este formulario debe ser completado por todas las personas de 13 años de edad o mayores, como parte de una solicitud para manejar o residir en una instalación de atención a menores, o para ser empleado o ser voluntario en un hogar de cuidados de crianza temporal, guardería o guardería de grupo.

SECCIONES 1, 2 Y 3 – COMO COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

El funcionario de licenciamiento del DCFS o de la agencia privada debe indicarle, a toda persona que esté sujeta a una verificación de antecedentes, que complete las tres primeras secciones identificando, el tipo de instalación, qué función tendrán en la instalación y toda la información personal. Toda la información personal de identificación debe ser exacta y estar completa.

COMPLETE EN LETRA IMPRENTA TODA LA INFORMACIÓN

Nombre Se deben incluir todos los nombres actuales y anteriores utilizados por el individuo. Si no tuvo otros nombres, escriba "ninguno".

N° de Seguro social o ITIN: **ESTE FORMULARIO NO SERÁ PROCESADO SIN UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL CONTRIBUYENTE (ITIN)**

Dirección Dirección presente y todas las direcciones, incluyendo condado, donde la persona haya vivido en los últimos cinco años (Si es fuera de Illinois, marque el casillero adecuado)

Raza: Marque todos los códigos relevantes

BL/AA	Afro-Americano	WHITE	Blanco
AI/AN	Nativo Americano o Alaska	ASIAN	Asiático
NH/PI	Hawaiano o de otra Isla del Pacifico	UNDET	No Determinado
HISP ORG	Marque si el individuo es de origen Hispano		

Cada persona debe responder la pregunta "¿Ha sido condenado alguna vez por de algún delito exceptuando una infracción de tránsito?" Si la respuesta es sí, debe proporcionar una explicación, completa con la fecha del/de los incidente(s).

La persona que complete la información de identificación debe firmar y fechar las páginas 1 y 2 del formulario de autorización.

SECCIÓN 4 --- FUNCIONARIO DE LICENCIAMIENTO DEL DCFS/AGENCIA PRIVADA

La Autorización para la Verificación de Antecedentes debe ser entregada al funcionario de licenciamiento para que complete la Sección 4 y para que la envíe a la Oficina Central de Licenciamiento del DCFS. El funcionario de licenciamiento debe revisar el formulario para comprobar que esté completo y correcto y para confirmar que se le han tomado las huellas digitales a la persona (si tiene 18 años o más) y para verificar la ortografía de los nombres comprobándolos con alguna documento de identificación como una tarjeta de identidad con foto o la licencia de manejo.

El representante de licenciamiento debe completar lo siguiente:

Nombre de la instalación	El nombre completo que aparece en la solicitud de la licencia o en la licencia (NO UTILICE SIGLAS)
Calle/Ciudad/C.P.	El lugar de la instalación con licencia donde la persona está licenciada o empleada.
ID # del proveedor	Se requiere el número de identificación del proveedor. (El número que aparece o que aparecerá en el certificado de licencia para la instalación.)
Región/sitio/campo del DCFS	La región/sitio/campo del DCFS
Agencia supervisora	Escriba con letra de molde el nombre y el número de identificación del proveedor de la agencia que supervisará la instalación.

AUTORIZACION / CERTIFICACIÓN

Yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias a llevar a cabo una investigación para determinar si alguna vez se me ha acusado de un delito, y si así fuera, la sentencia de esas acusaciones. Autorizo al Departamento a solicitar información y ayuda del Departamento de Justicia de los EE.UU. y del Departamento de Ejecución de la Ley de Illinois mientras realiza esta investigación. Autorizo al Departamento a realizar búsquedas periódicas en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños para determinar si he sido un perpetrador de un incidente "indicado" de abuso o negligencia de menores según la Ley para Reportar Casos de Abuso y Negligencia de Niños. Si estoy solicitando una licencia para ser hogar de crianza temporal, yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias que pueda obtener información de esas entidades a las cuales e solicitado para licencia o para supervisión de licencia, referente a infracciones de normas de licenciamiento o referente a niños sacados de mi hogar. Si yo soy o seré miembro del hogar de la familia de crianza temporal, y transportaré niños de crianza temporal, yo autorizo al Departamento a que conducta periódicamente chequeos de mi licencia y de mis antecedentes de manejo con la oficina del Secretario del Estado. La verificación de antecedentes de abuso y negligencia de niños y la investigación de antecedentes penales puede utilizarse para estudiar una solicitud de licencia, una solicitud de un empleo actual o posible, o de servicios como voluntario en una instalación de atención a menores. Las personas comprendidas entre los 13 y los 16 años de edad que firman este formulario autorizan una investigación de CANTS y LEADS solamente y no están sujetos a la toma de huellas digitales.

Yo comprendo que la información obtenida como resultado de mi autorización para esta investigación es confidencial y puede ser compartida solamente con mi empleador, posible empleador, trabajador de colocación o con personal de licenciamiento según las leyes estatales y federales y las regulaciones del DCFS que se apliquen. Además certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Yo reconozco que la falsificación de cualquier información proporcionada arriba y/o los resultados de la verificación de antecedentes pueden ser motivo suficiente para negar mi solicitud de licenciamiento o puede dar como resultado la terminación de mi empleo.